

Hommage à Maroussia GALPERINE



Table ronde organisation des territoires

T Brosset , S Collon , PH Lebrun, P Mansat , L Soubigou, P Tracol

Orthorisq Paris le 12 Novembre 2025



ORTHORISQ

Table ronde organisation des territoires

Les urgences

Les transferts

Les
absences et
congés

La chirurgie
pédiatrique



ORTHORISQ

Table ronde organisation des territoires

- Organisation de l'accueil des urgences : P Mansat
 - Votre vécu (enquête , retours d'experience)
 - Un exemple d'organisation régionale
- Les relations urgences /chirurgie : la check list : P Tracol
- Les transferts et leurs difficultés .
 - Retours d'expériences : L Soubigou
 - Votre vécu (l'enquête)
 - Coté adresseur : T Brosset
 - Coté receveur : P Mansat
- Les absences diverses : S Collon
 - congés , fermetures d'établissements
 - Votre vécu
- Le problème de la chirurgie pédiatrique P Tracol
- La jurisprudence : P H Lebrun



Enquête – Profil des répondants

Caroline Dana

Répartition
équilibrée des
âges, majorité
entre 45-64 ans

Forte
représentation
masculine

Expérience
professionnelle
variée, avec un
noyau 11-30 ans

- Type d'exercice :
forte proportion
de libéraux

Établissements :
majorité en
cliniques privées
et CH

Conditions :
principalement
en temps plein

LES URGENCES

Pierre MANSAT



ORTHORiSQ

Etablissements

- **1. Centre hospitaliers publics (CHU, CHR, CHG)**

- Service d'urgence H24



- **2. Cliniques privées**

- Pas systématique
- H24 ou Heures et jours ouvrables



- **3. Maison médicales de garde / SOS Médecins**



- **4. SAMU/SMUR**



ORTHORISQ

Niveaux d'établissements d'urgence hospitalière

- **1. Niveau 1: Urgences de proximité**
 - Urgences simples
- **2. Niveau 2: Urgences avec spécialités**
 - Urgences graves non vitales
- **3. Niveau 3: CHU ou hôpitaux de référence**
 - Urgences vitales complexes
 - Centre de recours: polytraumatisés, CRIOAC, tumeurs



Etablissements: l'enquête

- **62%** des déclarants travaillent dans une structure possédant des URGENCES
- **81%** ont une réception des urgences H24 / 7j/7



ORTHORISQ



Cahier des charges – Prise en charge chirurgicale en urgence

○ 1. Exigences techniques

- Bloc opératoire fonctionnel H24
- Salles d'opération dédiées
- Accès à : imagerie, labo, pharmacie

○ 2. Ressources humaines

- Equipe chirurgicale de garde
- Personnel soignant formé aux soins post-op d'urgence
- Coordination SAMU/SMUR

○ 3. Capacité d'accueil

- lits de chirurgie et de surveillance post-op
- Unité de soins continus ou réa

○ 4. Organisation de soins

○ 5. Relations inter-établissements



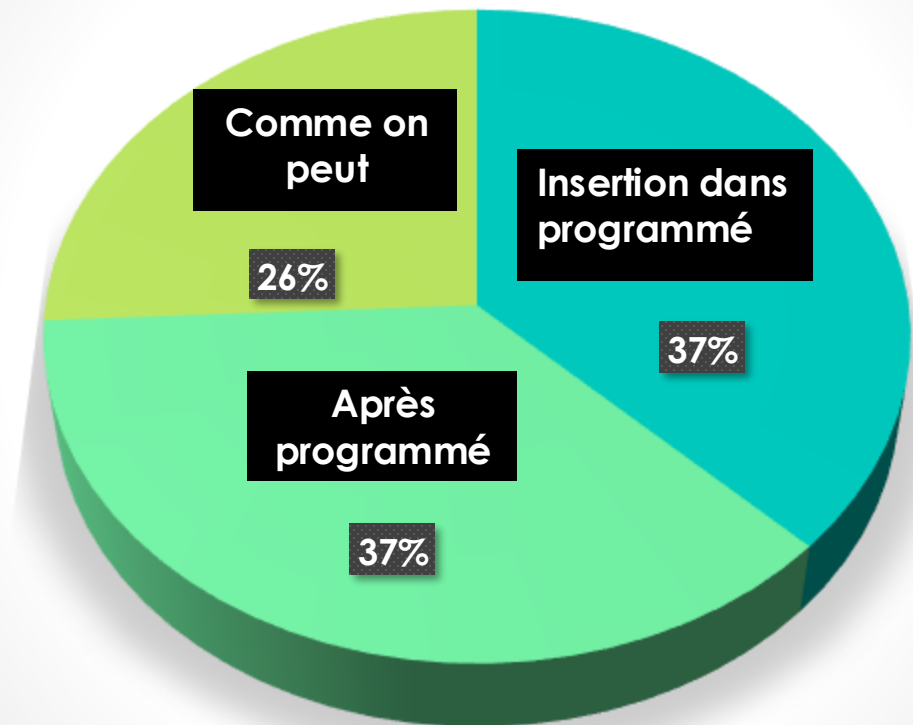
Organisation : l'enquête

- **70%** l'activité d'URGENCES est organisée
- **79%** une liste de garde médicale
- **32%** réalise les URGENCES dans une salle dédiée



Organisation : l'enquête

Programmation en cas d'urgence



ORTHORISQ

Organisation : l'enquête

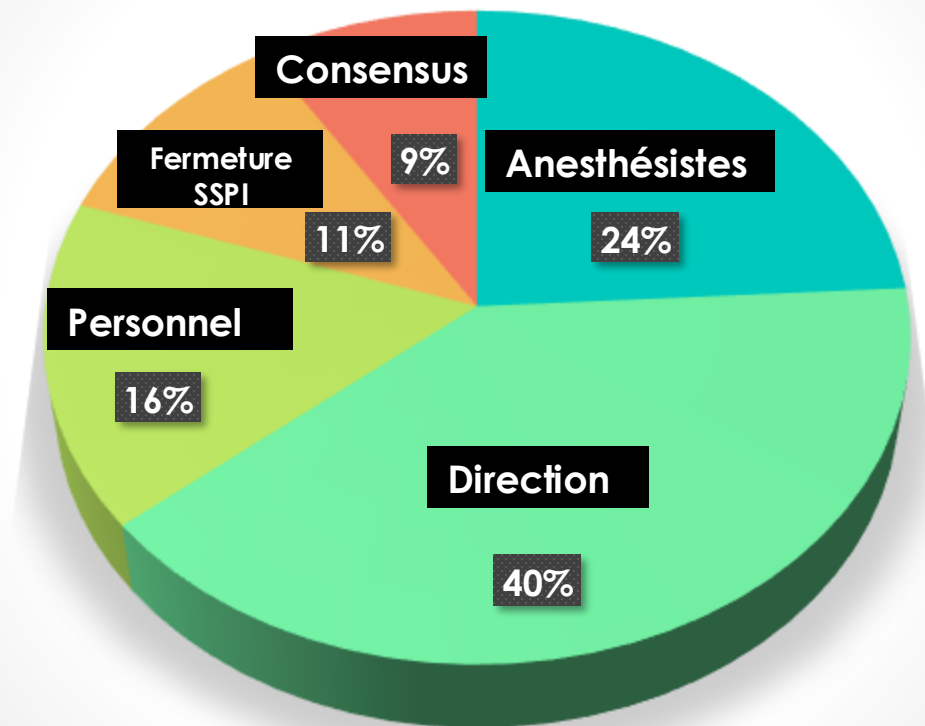
○ **35%** déclarent des limites horaires



ORTHORISQ

Organisation : l'enquête

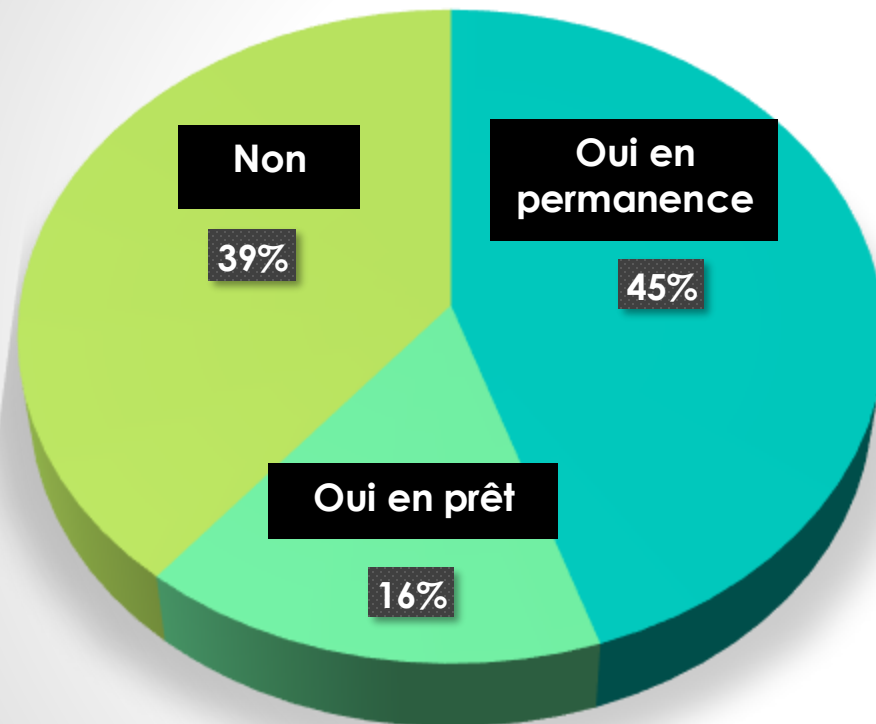
Limites horaires - qui?



ORTHORISQ

Organisation : l'enquête

Matériel nécessaire



ORTHORISQ

Organisation : l'enquête

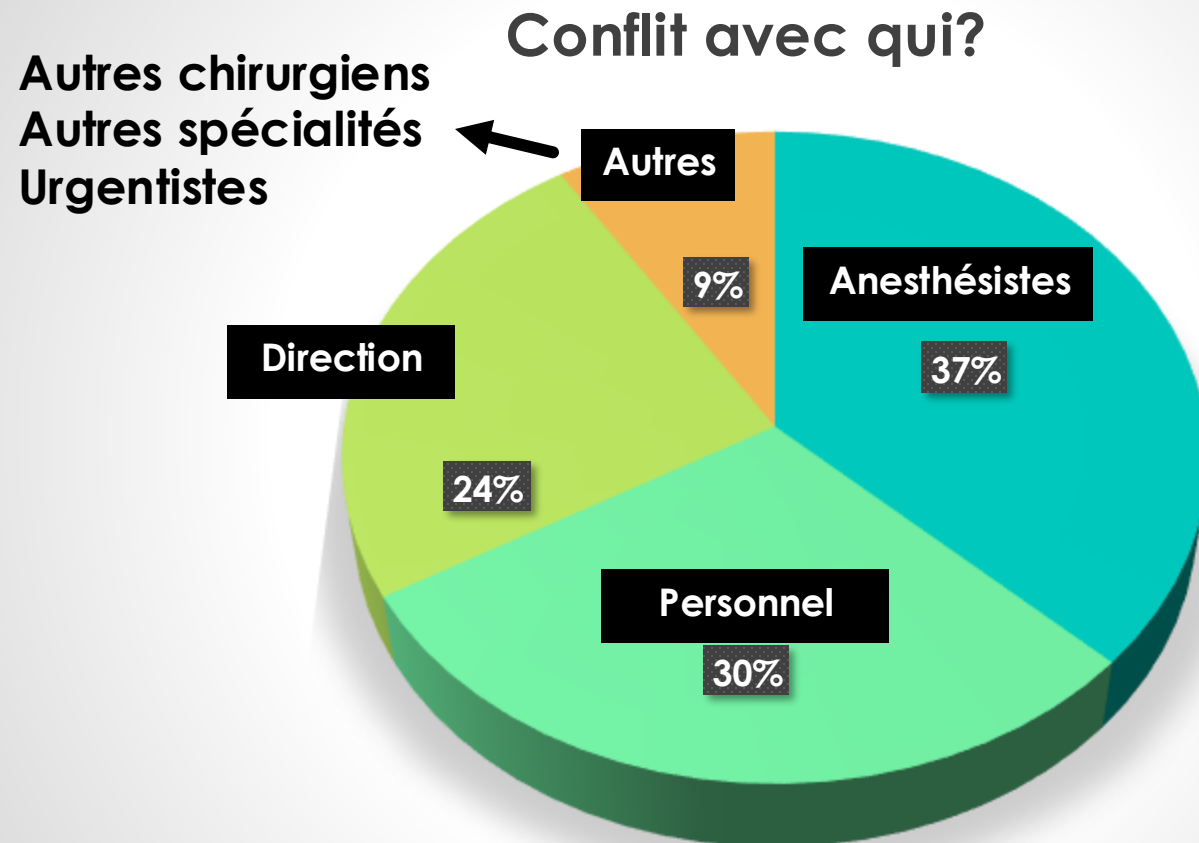
○ **59%** déclarent que les URGENCES sont une source de conflit



ORTHORISQ

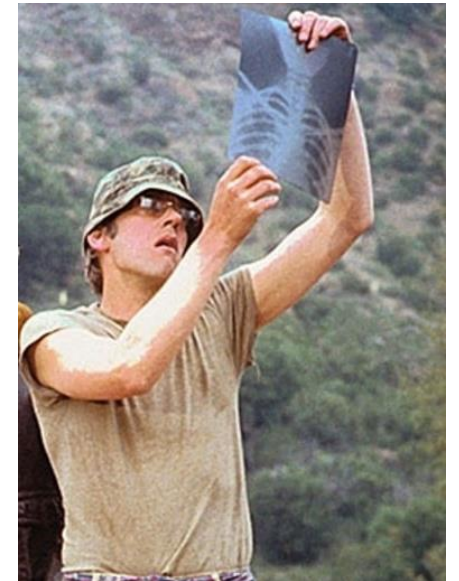


Organisation : l'enquête



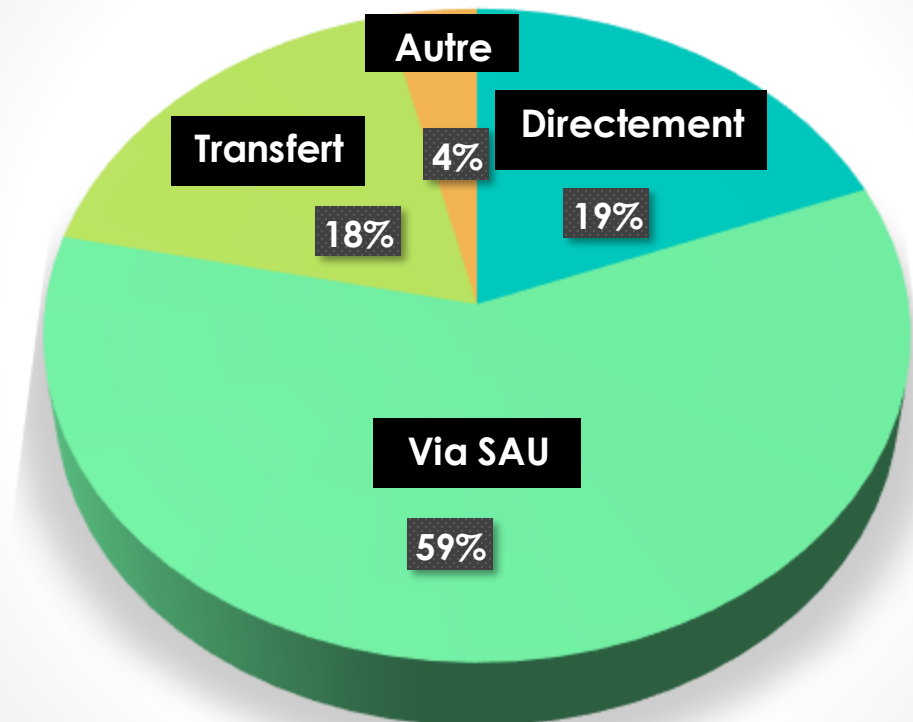
Parcours patient - Urgences

- **1. Accueil et tri / IAO**
- **2. Zone d'attente ou de soins**
 - SAUV
 - Unités de soins rapides
 - Box d'examen
 - Zone d'observation
 - Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- **3. Interventions médicales**
- **4. Décision d'orientation**
 - Sortie à domicile
 - Hospitalisation dans un service spécialisé
 - Transfert



Parcours patient – Urgences : l'enquête

Modalités d'admission



Parcours patient – Urgences : l'enquête

- **88%** des structures possèdent un service d'accueil des URGENCES
- **68%** des patients sont évalués par le chirurgien qui va le prendre en charge
- **92%** des déclarants ne connaissent pas la SSP2 HAS

— **CHECK-LIST « TRANSFERT URGENCES – CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE »** —

À compléter par le service des urgences et le service de chirurgie – à adapter si besoin



ORTHORISQ

Accord public / privé pour les urgences

- Objectifs

- 1. Fluidifier l'accès aux soins

- 2. Optimiser les ressources

- 3. Renforcer la continuité des soins



FHP FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION
PRIVÉE

Accord public / privé pour les urgences

○ Type d'accord

○ 1. Délégation de soins ou partenariats locaux

- Surcharge
- Spécialité absente ou indisponible

○ 2. Permanence des soins

- Participation à la régulation des urgences / contrat ARS / en lien avec SAMU-SMUR

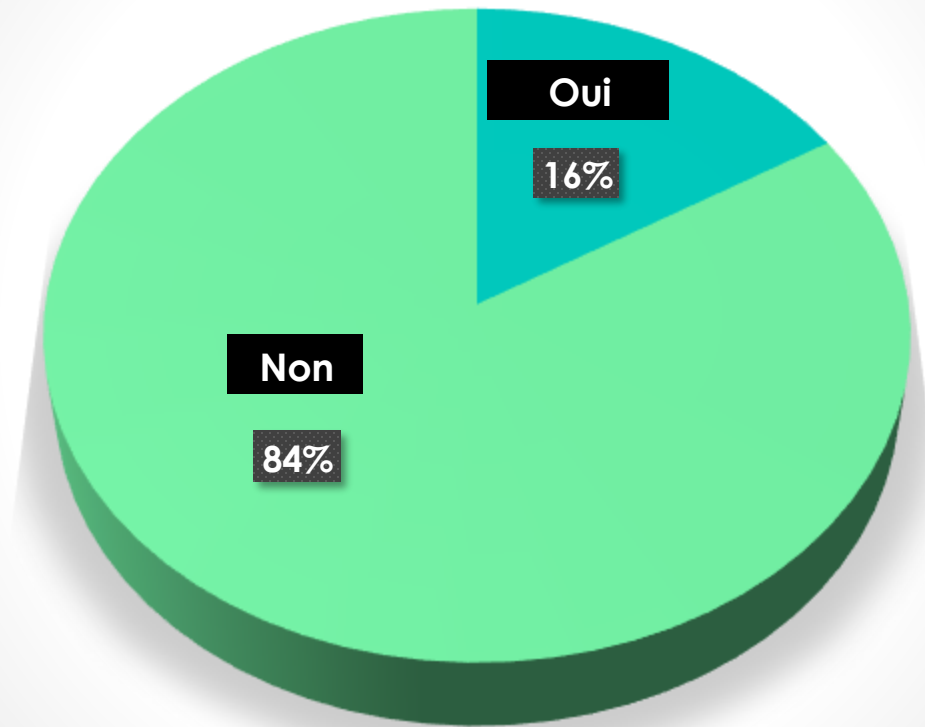
○ 3. GHT

- Logique de réseau coordonné



Accord public / privé pour les urgences

Accord Public / Privé



ORTHORISQ

Accord public / privé pour les urgences

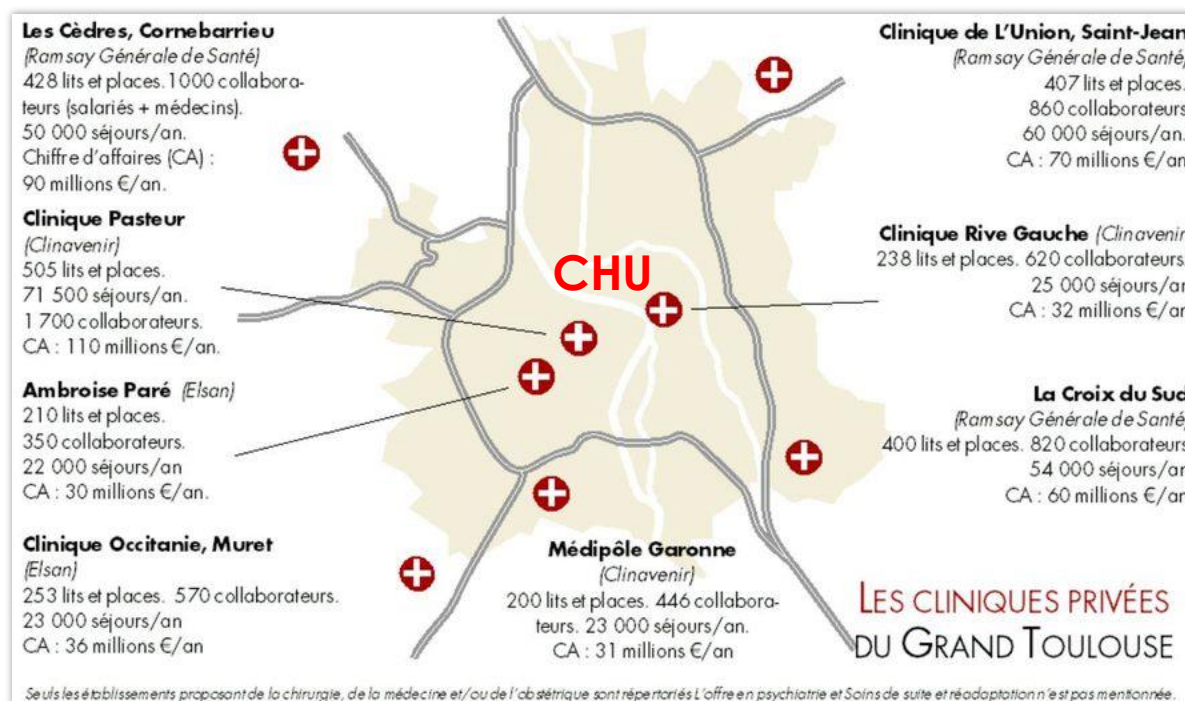
- Limites
- **1. Exigences techniques**
 - Blocs opératoires non disponibles
- **2. Ressources humaines**
 - Equipe chirurgicale de garde occupée
- **3. Capacité d'accueil**
 - Pas de lit d'aval disponible (fermeture de lits)
 - Pas de place en SC ou Réa
- **4. Problème de communication entre les acteurs +++**





ORTHO RISQ

Accord public / privé pour les urgences



[<](#)
[Infos du groupe](#)
[Modifier](#)



Traumato Toulouse

Groupe · 48 membres



Disc. Vocale



Ajouter



Rechercher

- 57 ans (21/10/1967) - Service : domicile



- 57 ans (21/10/1967) - Service : domicile

Homme 57 ans

Date d'entrée : 22/05 (AVP 17/05)

Atcd notables : droitier, tabagique,
agent d'entretien

Anticoagulant : 0

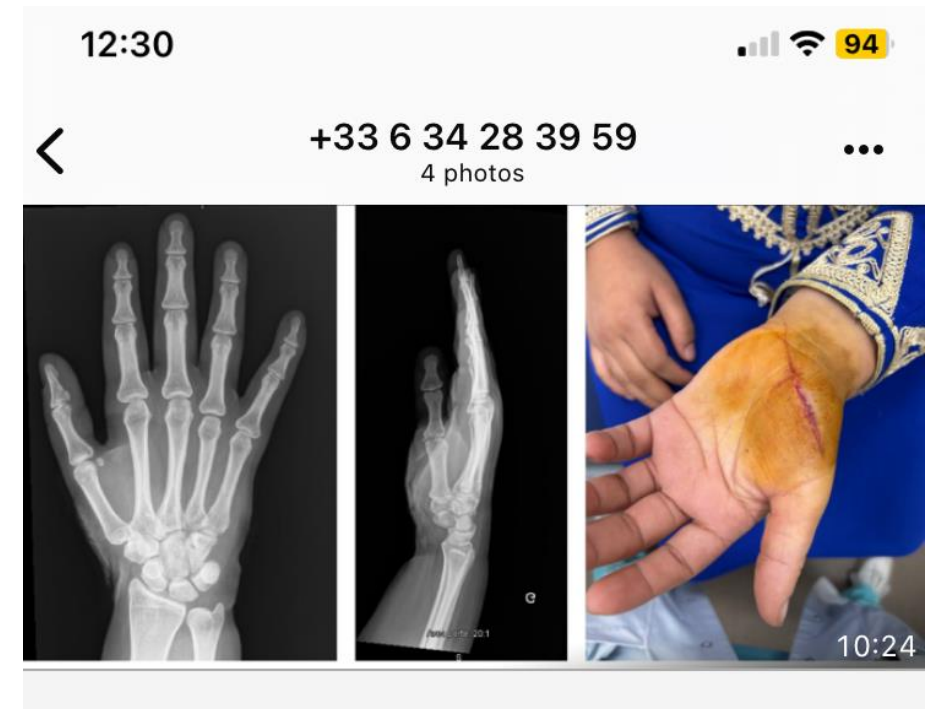
Parker : 9

Diagnostic : fracture jonction tiers
moyen-externe de la clavicule
gauche comminutive non articulaire
avec souffrance cutanée en regard

Indication : TTT ortho ou
ostéosynthèse ?

Pour les centres faisant de la main, Pourriez-vous nous aider à faire cette plaie. Il y a un PMO, nos urgences sos main passent sur notre bloc de traumatologie nous venons de recevoir un ring finger. La patiente est à jeun et dans notre service de chirurgie ambulatoire

10:23



Femme 29 ans

Date d'entrée : 11/09, plaie en faisant la cuisine

Atcd notables : intoxic tabagique (1 paquet/jour)

Anticoagulant : 0

Parker : 9, droitère, mère au foyer

S'est ouvert avec un couteau

Diagnostic : plaie éminence thénar non déficitaire

Indication : lavage + exploration



10:24 DRISQ



~Interne ORTHO PPR

09/05/2025 10:29



Patient de 18 ans, Rangueil

Date d'entrée : 07/05

Atcd notables : 0, non tabagique, étudiant ingénieur, haut niveau handball

Anticoagulant : /

Parker : /

Diagnostic : fracture malléole latérale gauche haute

Indication : plaque

transfert ?



ORTHORISQ

- 30 7 06 - 18 ans

domicile 0749740133



Bonjour nous avons ce patient à
possiblement transférer

Accord public / privé pour les urgences

○ Evaluation

○ 1. Avantages

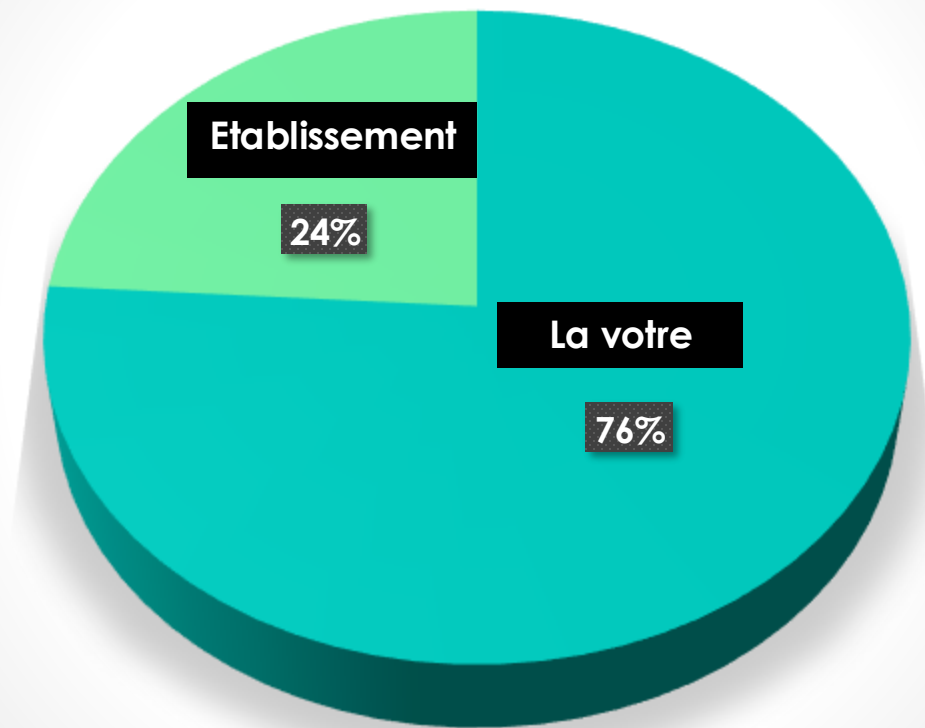
- Echanges directs entre médecins
- Cas-patients précis anonymisés
- Prise en charge au volontariat en fonction des disponibilités et des sur-spécialités

○ 2. Inconvénients

- Transferts pas toujours possibles ou acceptés
- Pas toujours de réciprocité

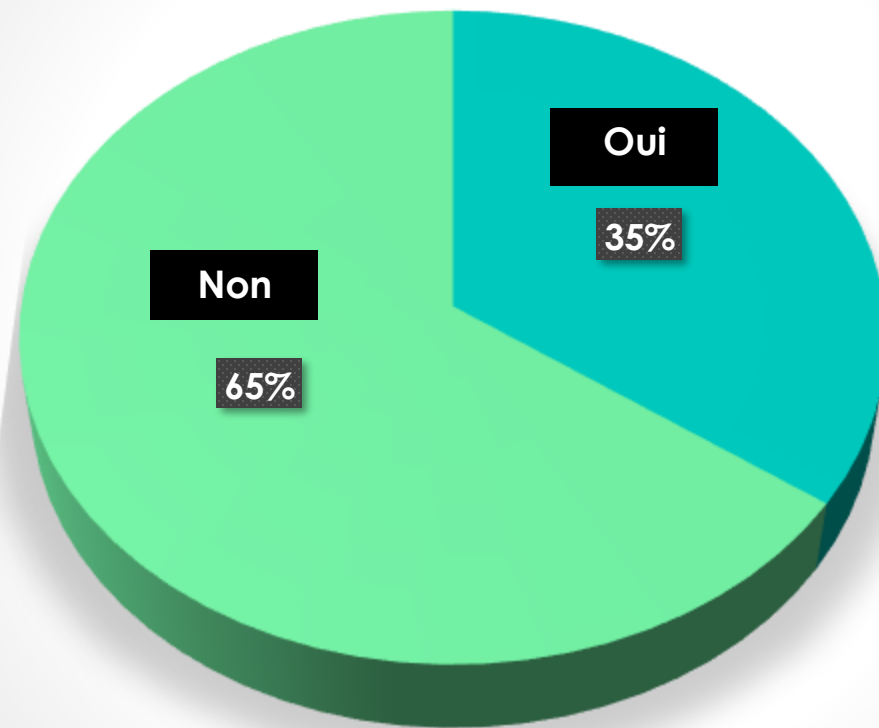
Responsabilité : Enquête

Quelle RCP est engagée dans votre activité d'urgence?



Responsabilité : Enquête

Avez-vous eu des mises en cause liées à cette activité?



■ Oui
■ Non



ORTHORISQ

vacation

urgence

sa

d'urgence

amme

progr

fin

pour

report

uniquement

à

bloc

sauf

fois

libre

afin

spécialité

intégration

demi

négociation

gardons

allègement

plage

des

1

après

partagé

gestion

lendemain

soir

mardi

après

dédiée

journee

suite

seulement

autre

associés

caser

potentielles

end

semaine

week

réservation

intégrer

fais

urgentistes

place

au

entre



Principaux problèmes identifiés par l'enquête:

Retards et délais :

transfert trop long,
attente au bloc,
manque
d'ambulances .

Dossiers incomplets :

absence de radio, bilan
biologique ou
radiologique manquant,
patient non à jeun.

Communication

défaillante : patient non
annoncé, pas d'appel
préalable, consignes non
respectées.

Évaluation médicale insuffisante :

mauvaise évaluation
clinique, pathologies
contre-indiquant la
chirurgie

Organisation et coordination :

refus de transfert,
tension entre structures,
orientation inadaptée.

**Mineurs non
accompagnés
Tutelles**



Exemple 1

- Patiente reçue aux urgences suite avp violent : pathologie annoncée: fracture bimalléolaire .
- Appel chirurgien → Accord hospitalisation
- Vue par l'opérateur le lendemain matin :RAS
- L'après midi au bloc : état confusionnel , altération de l'état général .
- Body scan: hématome sous dural avec engagement, fractures multiples du bassin, fracture transverse de L5, fracture sternum, de la rate et une fracture du sacrum .
- Transfert CHU (après péripéties)
- Décès



Exemple 2

- Fracture instable C2 :
- Pas de service spécialisé sur place .
- Appel CHU par urgentistes : pas de place avant 48 heures.
- Immobilisation par minerve provisoire.
- Hospitalisation en chirurgie sans avis du chirurgien responsable mais accord du cadre de soins.
- Patient retrouvé DCD le lendemain.

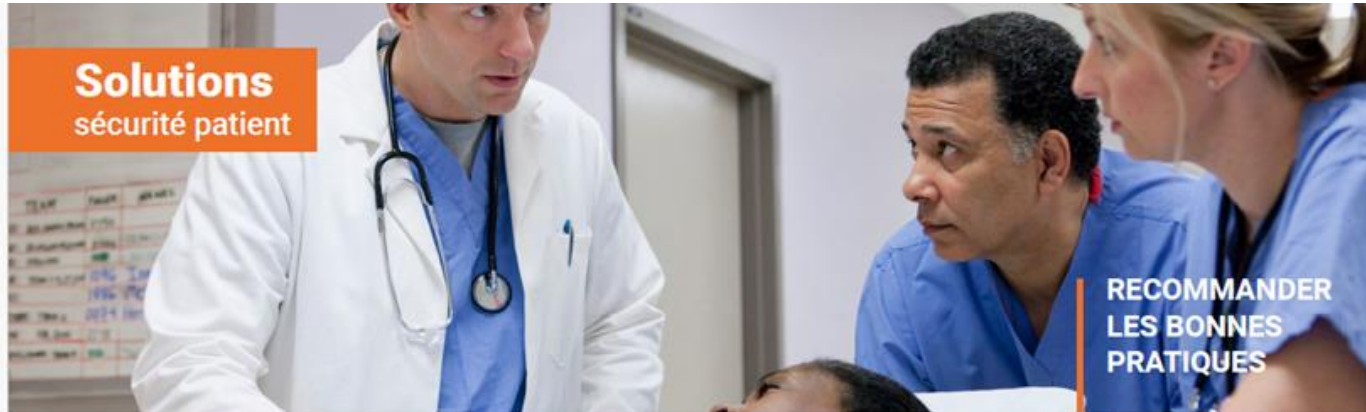
Exemple 3

- Patiente non communicante. Fracture per trochantérienne .
- Echange urgentiste chirurgien + radios par SMS
- Indication validée clou métaphysaire
- Programmation le jour même (patiente non revue)
- Erreur de coté sur le dossier d'urgence non corrigée.
- Au bloc : Pas de radios (égarées) seule imagerie : le SMS.
- Installation du mauvais coté .
- Erreur corrigée lors de la scopie.
- Changement d'installation.



SSP2 HAS : Coordination service d'urgences /chirurgie orthopédique et traumatologique (Orthorisq /GETRAUM / Sofcot)

Thierry Begué



Solutions
sécurité patient

RECOMMANDER
LES BONNES
PRATIQUES

Coordination services d'urgences et de chirurgie orthopédique et traumatologique

Une *check-list* dès l'admission pour éviter toute omission !

30 mars 2023



ORTHORISQ

SSP urgences HAS : Le constat

La cause du dysfonctionnement est, en grande majorité liée à un problème d'organisation de la liaison entre le service des urgences et le lieu d'hospitalisation avec :

- **Une défaillance individuelle d'un médecin chargé des soins** non-respect d'une procédure existante, une antibioprophylaxie inadaptée, erreur de diagnostic du médecin urgentiste sans information du chirurgien mauvaise interprétation d'un cliché radio, une gestion d'un traitement anticoagulant au long cours.
- **Une absence d'imagerie** liée à une défaillance du PACS ou perte lors transfert du patient entre les structures de soins
- **Une absence de respect des consignes** préopératoires par le patient et le service
- **Des problèmes liés au dossier médical** : Perte, incompatibilité logicielle
- **Des difficultés administratives** : Autorisation pour patient sous tutelle



SSP urgences HAS : les conséquences

Retards de prise en charge avec un délai supérieur à 24 heures

Défauts d'information du patient ou de la famille

Diagnostics erronés ou incomplets

Perturbation de l'accès au bloc opératoire

Complications

Décès

Procédures médico légales



Une check list de plus !!!



Objectif

Qui fait quoi ?

Vérifier .

Tracer.

La mise en place d'une check-list « Transfert urgences – chirurgie traumatologique et orthopédique » est préconisée dès l'admission du patient au service des urgences pour organiser son hospitalisation en unité de chirurgie.

À l'arrivée dans le service des urgences

- Examiner le patient et prescrire les examens d'imagerie et de biologie nécessaires.
- Informer le patient ou le représentant légal du diagnostic et de la prise en charge envisagée.
- Communiquer le diagnostic à l'interne et/ou au chirurgien responsable de chirurgie traumatologique et orthopédique.

Avant le départ du service des urgences

- Informer le patient et/ou ses ayants droit des modalités d'hospitalisation (via une brochure par exemple) et des spécificités de la prise en charge en traumatologie (fiche d'information SOFCOT/Orthorisq par exemple).
- Appeler par téléphone le service de chirurgie orthopédique et traumatologique où l'hospitalisation du patient est prévue.
- Préciser les traitements médicamenteux du patient, dont ceux prescrits ou arrêtés par le service des urgences (anticoagulants, antiplaquettaires, antibiotiques, etc.).
- S'assurer que l'imagerie et les examens demandés ont été réalisés et que les résultats sont disponibles.
- Vérifier que le côté siège de la lésion traumatique est tracé dans le dossier du patient.
- Vérifier la cohérence des informations concernant le site traumatique : déclaration du patient, traçabilité dans le dossier du patient, examens complémentaires éventuels.
- **Renseigner la check-list** « Transfert urgences – chirurgie traumatologique et orthopédique » (service des urgences et service de chirurgie orthopédique).
- S'assurer que l'anesthésiste est prévenu de la présence du patient et de l'éventuelle indication chirurgicale dont il devra bénéficier (service de chirurgie orthopédique).
- Prescrire et réaliser certains matériels spécifiques éventuels (pansement, traction, plâtre, etc.).

À l'arrivée dans le service d'hospitalisation de chirurgie (à faire par l'IDE qui accueille le patient)

- Vérifier l'état cutané du patient.
- Faire le point sur les traitements en cours, le traitement de la douleur, les contrôles biologiques récents, etc.
- Finaliser la check-list de transfert.

www.orthorisq.fr

www.has-sante.fr

CHECK-LIST « TRANSFERT URGENCES – CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE »

À compléter par le service des urgences et le service de chirurgie – à adapter si besoin

Admission le : [] à : [] h Identification patient (nom - nom de naissance - prénom - date de naissance) []

Urgentiste
Dr [] Site : [] Tél. : []

Survenue du sinistre
le : [] à : [] h

Diagnostic : []

Latéralité : ☐ Droite ☐ Gauche

Gravité
☐ Luxation ☐ Ischémie
☐ Lésion cutanée
☐ Trouble neurologique
☐ Plaie articulaire
☐ Fracture ouverte
☐ Autre : []

Comorbidité(s)
☐ Allergie ☐ Diabète ☐ Dialyse
☐ Autre : []

Traitement habituel par :
Anticoagulants : ☐ OUI ☐ NON
Antiplaquettaires : ☐ OUI ☐ NON

Anticoagulants stoppés :
☐ OUI ☐ NON

Antiplaquettaires stoppés :
☐ OUI ☐ NON

Relais HBPM : ☐ OUI ☐ NON
(à voir avec l'anesthésiste – le chirurgien)

Imageries réalisées
☐ Radio ☐ Scanner ☐ IRM ☐ Échographie

Examens biologiques réalisés
☐ NFS ☐ Hémostase
☐ Recherche des agglutinines irrégulières (RAI)

Dernier repas à : [] h

Dernière boisson à : [] h

Traitements mis en œuvre
☐ Immobilisation rigide ☐ Contention souple
☐ Traction membre inférieur ☐ Pansement
☐ Réduction ☐ Suture
☐ Antibiothérapie ☐ Antalgiques
☐ Anesthésie loco-régionale (ALR) ☐ Transfusion
☐ Autres : []

Lieu d'hébergement
☐ Service de chirurgie orthopédique et traumatologique sur site
☐ Autre service sur site : []
☐ Transfert : []

Chirurgien ayant accepté la prise en charge
Dr [] Site : [] Tél. : []
Indication : []

Information bénéfices/risques effectuée :
☐ OUI ☐ NON

Accord intervention : ☐ OUI ☐ NON

Autorisation parentale : ☐ OUI ☐ NON ☐ NA

Protection juridique : ☐ OUI ☐ NON ☐ NA

Anesthésiste
Dr [] Site : [] Tél. : []

Consultation pré-anesthésique programmée :
☐ OUI ☐ NON

effectuée :
☐ OUI ☐ NON

Conclusion : Une check list de plus ?



- Oui c'est vrai mais les transferts urgences/ service prése...
nombreuses problématiques avec des conséquences parfois graves.
- Une Meilleure organisation et communication entre les services est essentielle.
- L'utilisation d'une check list adaptable semble être la moins mauvaise solution à conditions de se l'approprier et surtout de l'utiliser.



Questions

Où commence la responsabilité du chirurgien pour un patient aux urgences ?

Qui est responsable de la prise en charge d'un patient accueil aux urgences puis hospitalisées en unité de soins?

Le patient doit être obligatoirement cadré par un chirurgien lors de son arrivée dans l'unité de soin ?





ORGANISATION des TRANSFERTS

**Résultats de l'enquête
Luc Soubigou**



ORTHORiSQ

Organisation des transferts



L'ÉQUIPE
1.40€ | JEUDI 21 JUILLET 2016 71^e ANNÉE - N° 22 645 | @lequipe / L'EQUIPE.fr / L'EQUIPE 21

TOUR DE FRANCE 18^e ÉTAPE
FROOME ENFONCE QUINTANA
Le Maillot Jaune n'a pas attendu le contre-la-montre d'aujourd'hui pour creuser encore l'écart sur le Colombien.
PAGES 12 À 23

FOOTBALL
En retournant à Manchester United pour une somme estimée à 120 millions d'euros, Paul Pogba va devenir le footballeur le plus cher de l'histoire. Plongée dans les coulisses d'un transfert hors du commun.
PAGES 2 ET 3

LE TRANSFERT DU SIÈCLE
Paul Pogba sous le maillot de Manchester United en janvier 2012.
C. FLORES - AGF / M. P. / P. / P. / P.

MARSEILLE
CICCOLUNGHİ REMPLACE LABRUNE
PAGES 4 ET 5

EURO - 19 ANS PORTUGAL - FRANCE (17 H, L'ÉQUIPE 21)
LES BLEUETS VEULENT VENGER LES BLEUS
PAGES 8 À 10

LE CHANTIER SUR UN GRAND PLATEAU
LIVRAISON DIRECTEMENT SUR VOTRE CHANTIER
VOIR CONDITIONS EN MAGASIN-DÉPÔT

BRICOMAN
LES NOUVEAUX ENTREPRENEURS

M 00106 721 F: 1,40 €

ALL 2,20 € - ANT 1,90 € - AUT 3,10 € - BEL-LUX 1,90 € - CAN 4,50 € - CH 2,80 € - ESP/AND 2,20 € - G 1,90 € - GR 2,50 € - GUY 2,90 € - ITA 2,20 € - MAR 1,50 € - NL 2,20 € - PORT CONF 2,50 € - REU 1,90 € - TUN 2,70 €

Organisation des transferts

Chiffres clés



ORTHORISQ

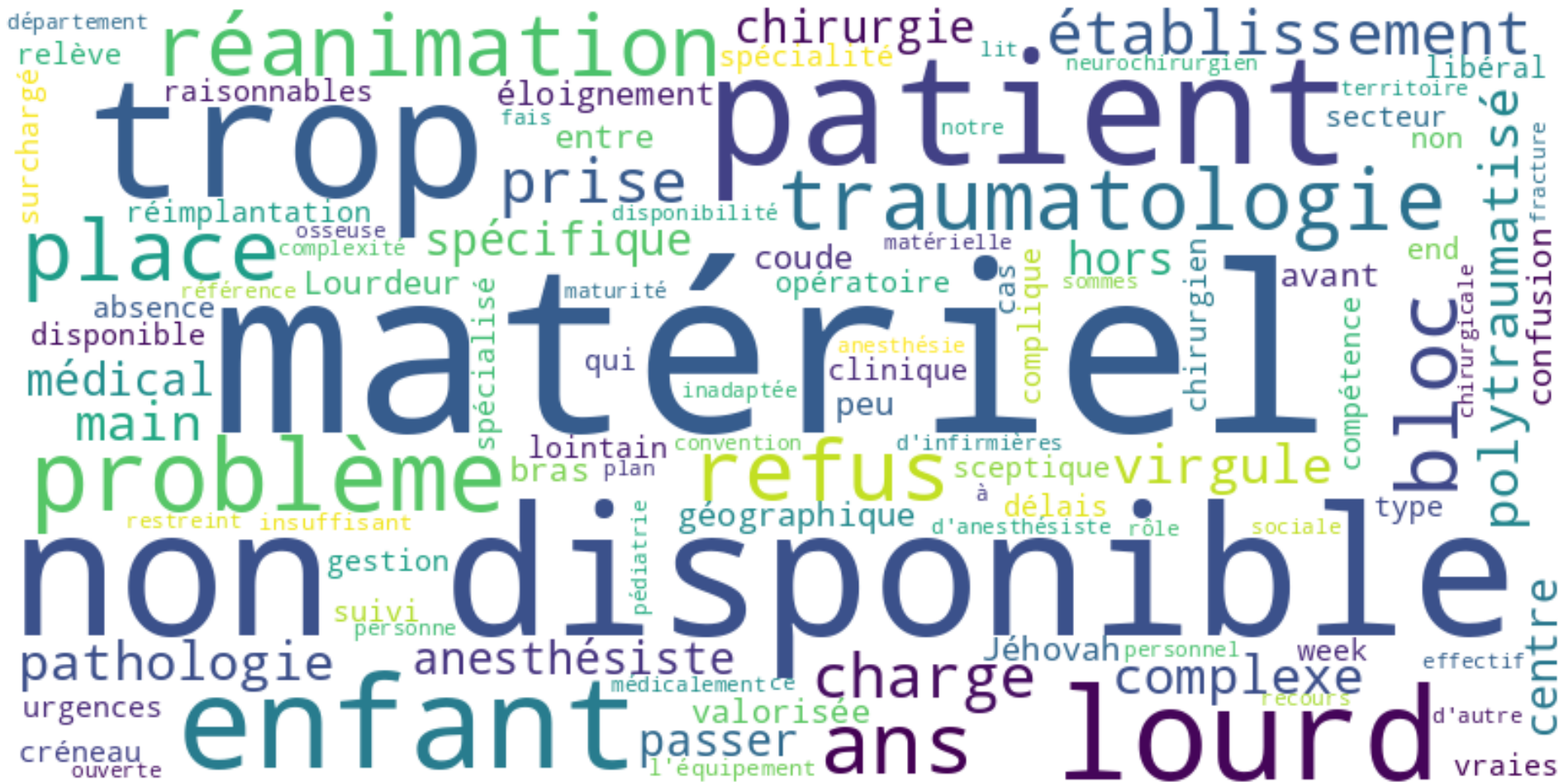
30% des adhérents exercent dans un centre recours (7% dans CHU).

80% des adhérents disposent d'un centre de recours à proximité.

80% des adhérents ne disposent pas de convention de transfert.

Le transfert est organisé par l'opérateur une fois sur deux

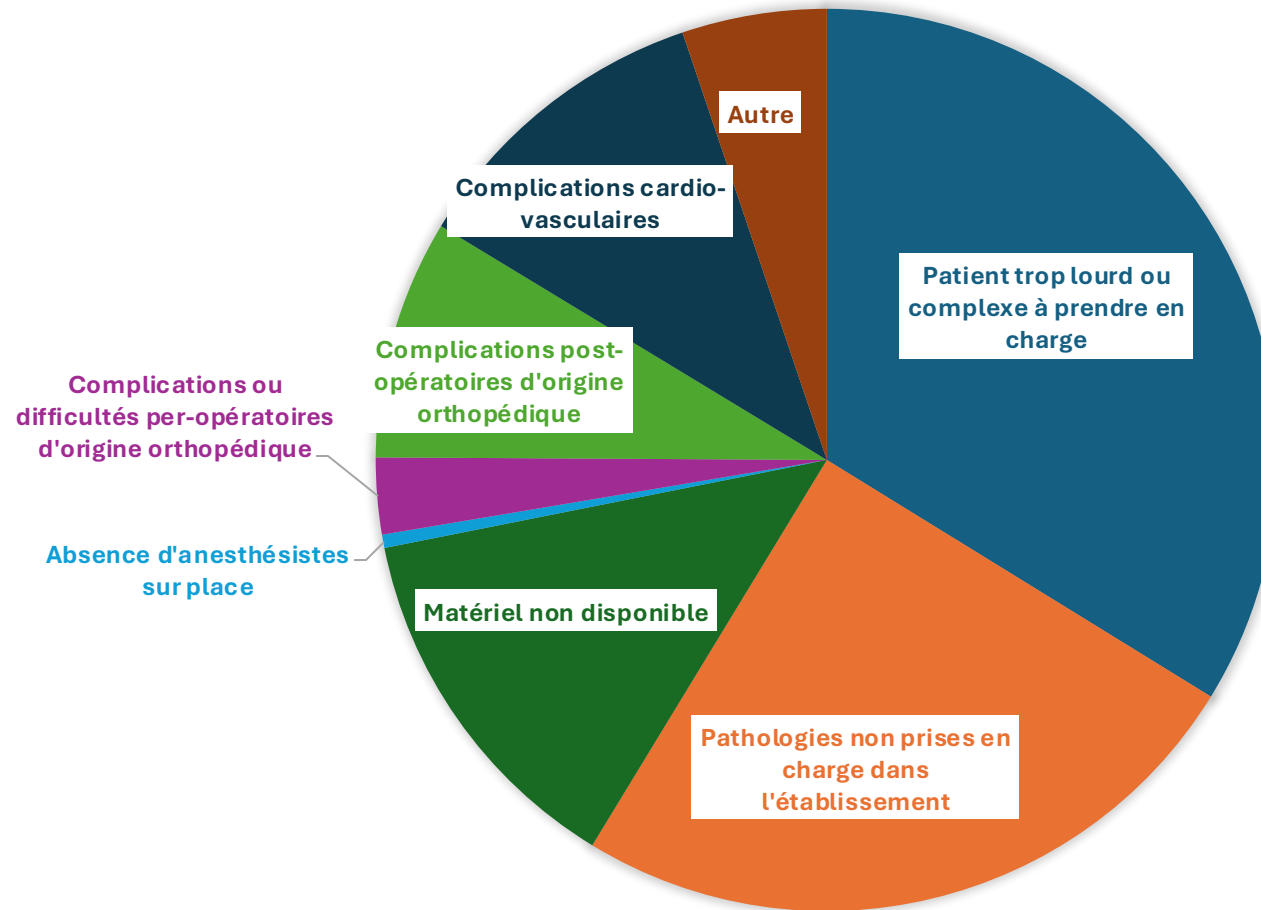
Organisation des transferts : Les causes



Organisation des transferts

Les causes

Prise en charge sur place impossible.



ORTHORISQ

Organisation des transferts:

Les refus



ORTHORISQ

37% des adhérents déclarent au moins un transfert refusé dans l'année.

La surcharge de travail et l'absence de place disponible sont les principaux arguments avancés.

Un problème relationnel est à l'origine du refus dans 10% des cas.

Organisation des transferts

Les refus

Attitude
en cas
de refus :

Solicitation d'un autre centre

Insistance

« on se débrouille sur place »



Organisation des transferts

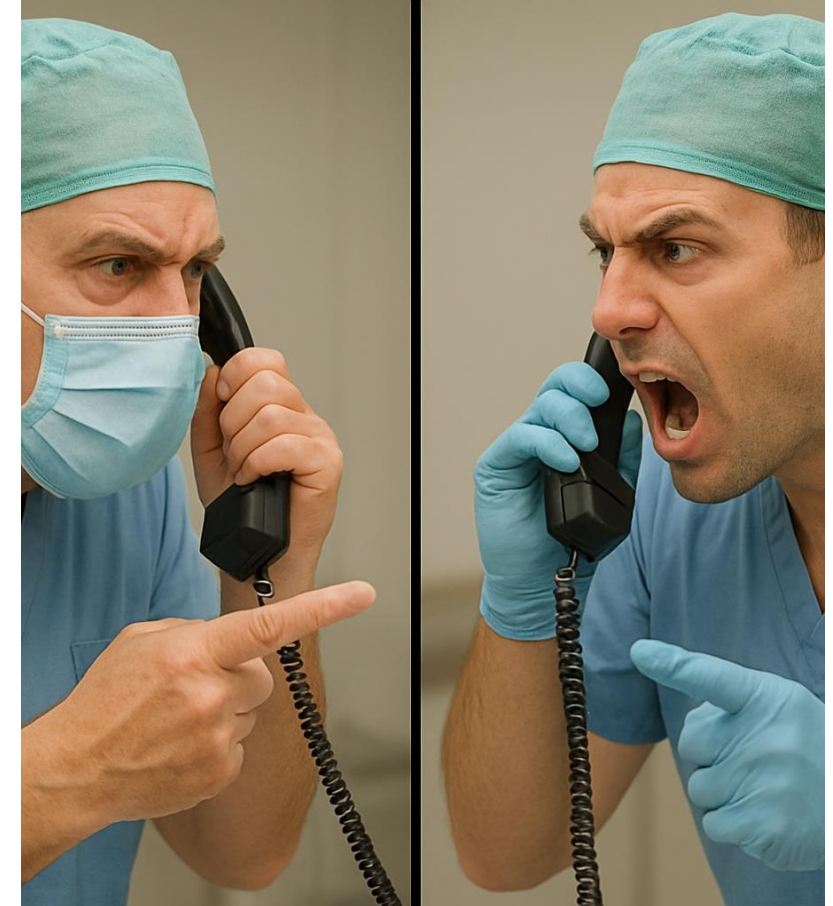
Les refus

EIAS d'un transfert
refusé :

8 ans

Palette stade IV

Refus de prise en
charge par
l'anesthésiste



Organisation des transferts : Les conséquences



ORTHORISQ

Tache difficile et chronophage : 50%

Arrêt et un retard de l'activité en cours : 15 %

6 EIAS de décès en relation avec un transfert.

20% des adhérents pensent qu'un transfert a peu de chance d'aboutir.

Organisation des transferts

L'autre côté : les centres receveurs

61 demandes de
transfert par an

50 % de
demandes
injustifiées

60% des
transferts
organisés par un
chirurgien

10% par
administratif ou
IDE



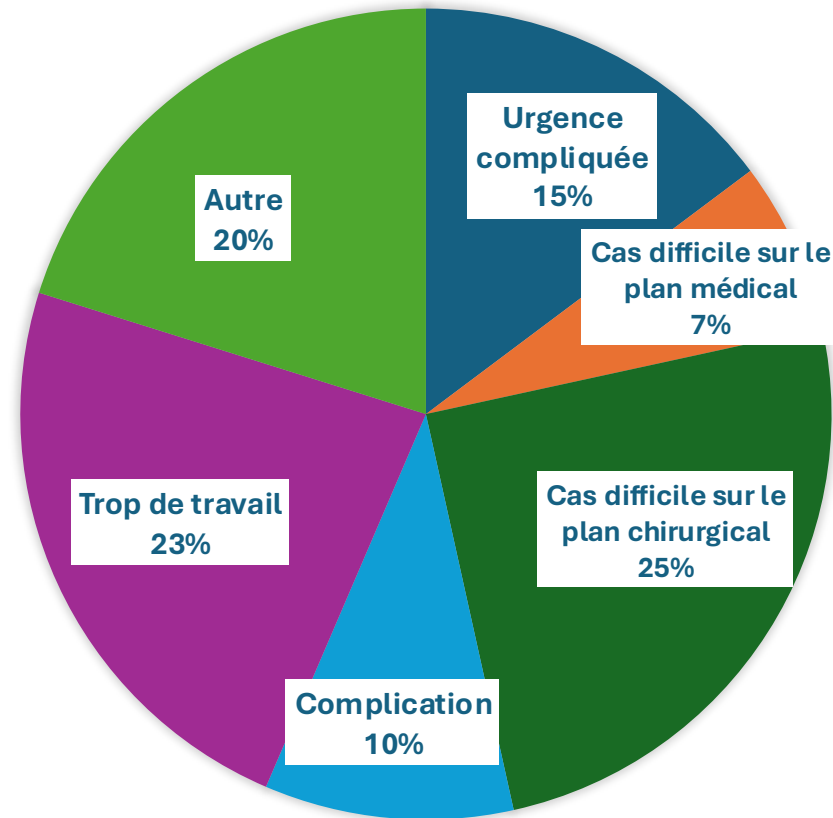
Organisation des transferts

L'autre côté : les centres receveurs

**Situation non gérable
sur place : >50%**



ORTHORISQ



Nature des demandes de transfert

Organisation des transferts

L'autre côté : les centres receveurs



ORTHORISQ

Un opérateur d'un centre receveur refuse en moyenne 6 transferts par an.

En cas de refus de transfert, une solution alternative est proposée une fois sur quatre.

Un debriefing avec le médecin adresseur n'est réalisé que dans 15% des cas.

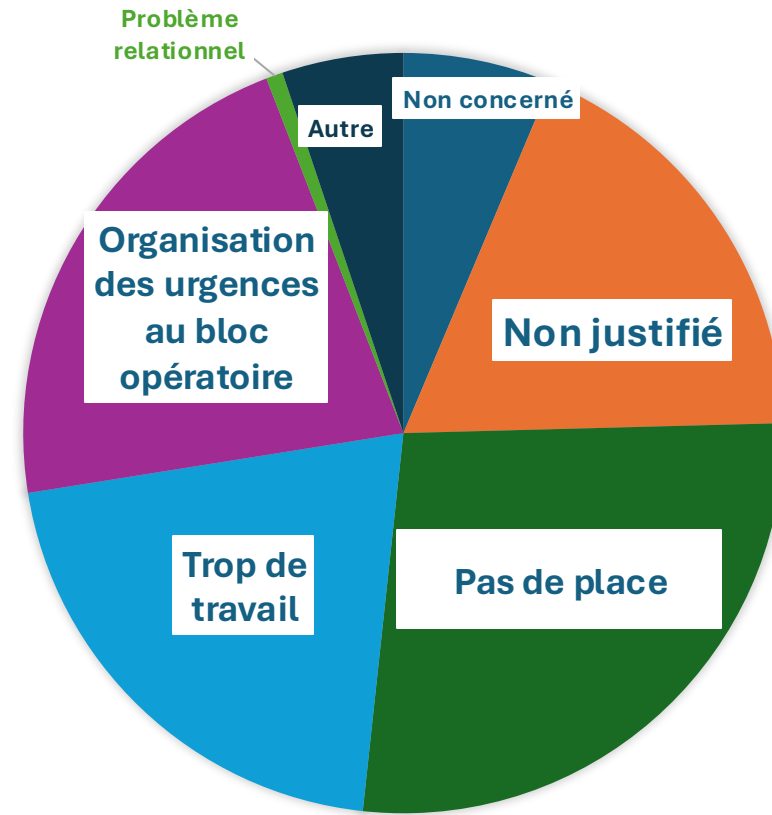
Organisation des transferts

L'autre côté : les centres receveurs

**Accueil
impossible : 50 %**



ORTHORISQ



Organisation des transferts

Les voies d'amélioration

68% des adhérents connaissent la structure référente susceptible de recevoir un transfert.

67% des adhérents connaissent leurs confrères susceptible de recevoir une urgence en transfert.

59% des adhérents pensent que des rencontres régulières permettraient d'améliorer l'organisation

MAIS ... seulement 4% d'entre nous organisent des rencontres régulières d'évaluation des transferts.



Organisation des transferts

Conclusions



ORTHORISQ

Un transfert est souvent l'ultime étape d'une situation médicale complexe.

Les conséquences d'un transfert refusé peuvent être dramatiques laissant l'opérateur et son patient dans une situation encore plus compliquée.

Il faut donc établir des conventions entre établissements et surtout communiquer entre chirurgiens.

Organisation des transferts

Conclusions



Le vécu d'un transfert

Adresseur / Receveur

Thomas Brosset , Pierre Mansat



ORTHORISQ

Vécu coté adresseur

« Nous devons négocier pour ne pas dire se prostituer, ou dans certains cas ou mon plateau technique n'est pas en mesure de prendre en charge et que le CHU de recours refuse encore, parfois mutation sauvage ».

« J'insiste ou je fais signer une décharge au patient avant de le prendre en charge »

« J'envoie quand même en ambulance »

« On se débrouille en sachant qu'il y a perte de chance pour le patient »

« Je le traite et prie pour qu'il n'y ait pas de procédure qui découlerait d'une prise en charge inadaptée »

Vécu coté adresseur : Thomas Brosset

- ☐ installé depuis 15 ans
- ☐ exercice libéral exclusif
- ☐ participation depuis toujours à la PDSES bassin de 80000 patients (ville 25000, Cavaillon)
- ☐ actuellement bi site: urgences au centre hospitalier et chirurgie réglée hanche et genou à la clinique
(Auparavant accord public privé avec accueil au CH et interventions à la clinique).

Vécu coté adresseur

- ☐ **Epuisement**
- ☐ **Refus institutionnels**
- ☐ **Débrouillardise**
- ☐ **Adaptation locale**
- ☐ **Grande variabilité dans les retours des CRIOAC**

Pression Insoutenable

- ☐ L'établissement adresseur se trouve dans une impasse
- ☐ Patient critique
- ☐ Famille exigeante
- ☐ Absence de solution rapide
- ☐ Risque médico-légal

REX TRANSFERTS côté adresseur

Ce qui ressort le plus de déclarations d'EIAS avec parfois des complications dramatiques :

- ❑ patient urgence traumatologique mauvaise orientation initiale.
- ❑ Chronophage.
- ❑ Gestion des infections OA complexes.

MAUVAISE ORIENTATION INITIALE

Pas la bonne porte d'entrée:

- établissement non adapté
- défaut de matériel, banque de sang
- absence de spécialité sur place
- adressage par SAMU déconnecté
- Méconnaissance des ARS du territoire

Chronophage

En absence de réseau, un transfert peut vite devenir un parcours du combattant...



infection ostéoarticulaire, transfert

- ❑ **une IOA est le souci numéro 1 du chirurgien orthopédique**
- ❑ **Classiquement, les réseaux locaux et régionaux se sont formés. Les avis aux CRIOAC sont pris et en retour la marche à suivre est donnée.**
- ❑ **Mais que se passe-t-il quand la situation se complexifie?**

Vécu côté receveur

« Je refuse les demandes abusives ».

« Trop de demandes de transfert les veilles de week-end ».

« C'est toujours à sens unique » !

« Nous avons du mal à assurer notre activité il est impossible de recevoir d'autres patients ».

« Nous devons assurer les suites d'une intervention complexe mal gérée. »

« Les demandes de transfert se font au dernier moment lorsque la situation est trop compliquée. »

Vécu côté receveur : Pierre Mansat

Au CHU de Toulouse depuis 30 ans



- Trauma-center niveau-1
- Recours: SOS Mains, Polytraumatisé, Fractures complexes; Fractures bassin, IOAC, Tumeurs, patients à fortes co-morbidités
- A la demande: mono-traumatisé fermé

Vécu côté receveur

CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES:

- Listes d'attente de patients traumatisés à opérer
- Salles de bloc disponibles
- Lits d'aval disponibles
- Priorisation des activités de recours
- Transfert non justifié / Transfert sauvage
- Défaut de réciprocité

**Comment
faire pour
améliorer la
situation ?**



ORTHORISQ

Points d'amélioration: Thomas Brosset

Optimiser l'organisation locale:

- ☐ Carte d'établissements de santé actualisée régulièrement et affichée en régulation SAMU
- ☐ Amélioration du caractère opérationnel des CRIOAC
- ☐ Check list adressage
- ☐ Dans le cadre de la PDSES, substitution de la RCP du praticien

Points d'amélioration : Pierre Mansat

Créer ou développer un RÉSEAU:

- Cultiver les relations entre les équipes de chirurgiens sur un même territoire.
- Etablir une procédure de transfert simple, efficace basée sur la confiance du diagnostic de l'adresseur et de son incapacité (quelle qu'elle soit) à prendre en charge le malade.
- Réciprocité pour des mono-traumatisés ne nécessitant pas un SAU de niveau 1.

ET le transfert sauvage ?

Solution Apparente

Le transfert "sauvage" semble libérer l'adresseur de sa responsabilité

Transfert physique du patient

Décision unilatérale

Soulagement immédiat apparent

Fausse sécurité juridique

Les mots clés ?????

- **Réseau**
- **Réseau**
- **Réciprocité**
- **Echanges / Communication**
- **Confiance**
- **Respect**

Question : que faire devant un transfert impossible ?

- **Solution dégradée locale ?**
- **Refus de prise en charge?**
- **Transfert sauvage ?**
- **Samu ?**
- **ARS via direction?**



ORTHORISQ

Congés et Absences

Table Ronde Session Orthorisq

SOFCOT 12 novembre 2025

Palais des Congrès - Paris

Dr Sylvie COLLON

Synthèse du questionnaire

Vacances surtout définies avec les associés (47%)

Plus de 60% ne prennent jamais de remplaçant

68% prévoient un plan B (collègues sur place)

Briefing préalable dans 60% des cas (plutôt oral)

80% préviennent leurs patients en cas d'absence

50% veulent être avertis même en congés

Complications surtout infectieuses

29% des établissements ferment, décisions souvent unilatérales

Rares mises en cause (7%)

Analyse des EIAS

Synthèse des EIAS déclarés.

En période de congés

Analyse suivant la grille ALARM



ORTHORISQ

EIAS type – Contexte



- Patient opéré d'une PTH ou chirurgie rachidienne



- Période sensible : vacances scolaires ou jours fériés



- Établissement en effectif réduit ou fermé partiellement

site opératoire coude arrêt péri prothétique vis
liquide tête décèlement nom compressif sceptique rachidien tiges déficit secondaires phlegmon
reprise céphalo plâtre ostéosynthèse tardive Message par ou aiguë mal cardio
lesquelles pédiculaire compétence pour ressaut lésion post opératoire nécrose pas rachidienne d'arachides traumatique ton
rotulien remplaçant pth mécanique rachis syndrome vie infectieuse sous sévère compliquée et rupture cutanée douleur neurologique luxation prothèse céphalorachidien
après lavage méningocèle meningeux sous rupture cutanée douleur neurologique luxation prothèse céphalorachidien
cervical digital PTG chez du site malposition Chute
complication chirurgie loges digital PTG chez du site malposition Chute
sur un respiratoire l'uretère septique urgence doigt fuite massive avec PH suspicion
détricolages déplacements inquiet chirurgie loges digital PTG chez du site malposition Chute

Typologie des événements

- Infections post-opératoires (PTH, PTG, arthrodèses...)

- Retards ou impossibilités de prise en charge (fermetures, absences)

- Problèmes organisationnels (astreintes, continuité des soins)

- Difficultés techniques ou matérielles (voie d'abord non habituelle, matériel absent)

- Défaut de coordination ou de transmission inter-établissements



JO: PTH



S3: départ du Dr Kirk



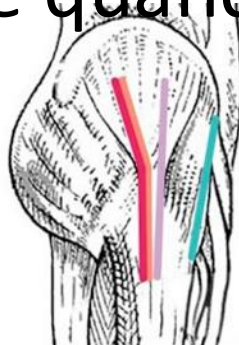
Dr Spock de garde



Ne pas faire quand on sait ne pas savoir faire



S3: désunion cicatrice



HUETER
HARDINGE
TROCHANTÉROTOMIE
POSTÉRO-EXTERNE



Bactério négative

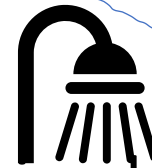


Lavage sans
changement
d'implant

Geste incomplet



JO: PTH



J15

Plus on est de chir, plus on ...



!

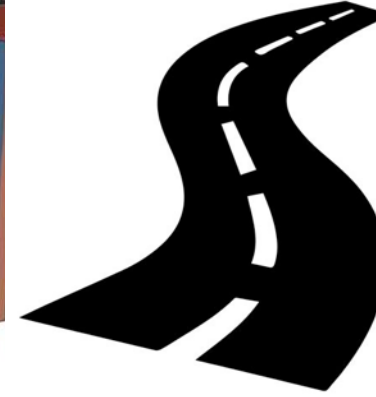


J30





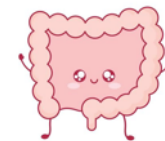
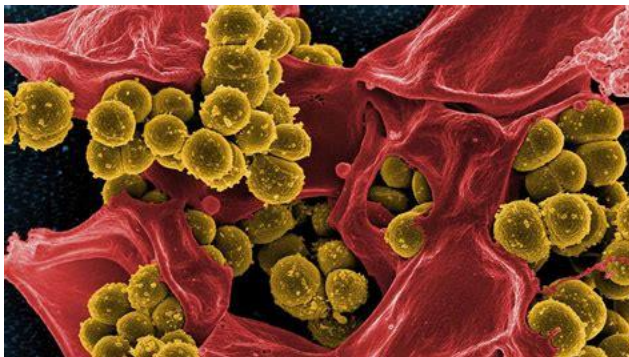
Ψ



Les absents ont toujours tort ?



!

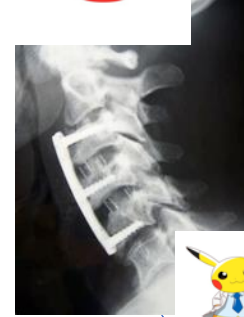


Août 2023

| | | | | | | | |
|----|----|-------|-------|-------|----------|--------|----------|
| | | Lundi | Mardi | Mardi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
| 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | |
| 28 | 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | |



Ubiquité?



J1



IRM



Gravité des conséquences

- Complications graves : paraplégie, endocardite, choc septique
- Retards opératoires ayant aggravé le pronostic
- Réinterventions, hospitalisations prolongées
- Sentiment d'abandon du praticien sur place
- Insatisfaction des patients
- Surmortalité potentielle

Analyse

Existence de failles systémiques dans l'organisation des soins en période sensible.



La qualité et la sécurité ne peuvent reposer sur l'implication individuelle seule.



Une structuration collective et anticipée des ressources est essentielle.

A word cloud of French terms related to hospital work and contracts. The words are arranged in a dense, overlapping manner. The largest words are 'associé', 'collègue', 'chu', 'remplaçant', 'reste', and 'respecté'. Other prominent words include 'convention', 'disponible', 'défaut', 'l'été', 'l'hôpital', 'reporte', 'système', 'jours', 'par', 'confrère', 'non', 'astreinte', 'centre', 'd'astreinte', 'patients', 'joignable', 'garde', 'autre', 'préviens', 'départ', 'ailleurs', 'dans', 'établissement', 'téléphonique', 'congé', 'j'annule', 'féviés', 'reviens', 'hôpital', and 'hospitalier'. The colors of the words range from dark blue to light green, with some words in yellow or orange.

assurée convention disponible
associé dans
collègue établissement défaut respecté
téléphonique
garde d'astreinte l'été loin
patients joignable
remplaçant report
centre
reste astreinte l'hôpital non
reporte
autres préviens ailleurs
départ
féviés reviens système par
confrère jours
hôpital hospitalier

Stratégies que vous devisez

Mise en place d'un système d'astreinte

Disponibilité à distance ou retour anticipé

Appui des collègues ou remplaçants

Convention avec le CHU ou autres établissements

Prévention et information des patients

Report ou ajustement des congés si nécessaire

Axes d'amélioration

- Renforcer la permanence des soins : remplaçants planifiés, transferts de la responsabilité des patients bien protocolisé

- Mieux adapter les programmes en périodes critiques

- Formaliser les procédures de continuité et de coordination

- Intégrer les alertes labo dans les protocoles de congés

- Simuler les scénarios de crise (vacances, fermeture bloc)



Question juridique

En cas de fermeture non concertée d'un établissement de santé , qui est responsable de la réorientation d'un patient qui a une complication post-opératoire ?



ORTHORISQ



ORTHORISQ

Organisation territoires

La chirurgie pédiatrique :

Philippe Tracol

Le decret :1765 et 1766 du 29 décembre 2022

Seuls les établissements disposant d'une autorisation de pratique de la chirurgie pédiatrique sont autorisés à prendre en charge les enfants entre 0 et 15 ans. Cette autorisation est délivrée par les ARS en fonction des conditions suivantes :

- **Au moins un médecin spécialisé en chirurgie pédiatrique** ou ayant une formation et une activité régulière en chirurgie pédiatrique
- **Au moins un anesthésiste ayant une formation** et une activité régulière en anesthésie pédiatrique...

Surtout l'établissement et ses membres s'engagent à participer au **Dispositif Spécifique Régional (DSR)** qui permettra aux différents centres d'une même région d'harmoniser leurs pratiques. **Ceci correspond à la mise en œuvre d'un réseau**

Ce sont les établissements qui disposent de l'autorisation et non les praticiens.



Le decret :Les dérogations

Possibilité de pratiquer des interventions de traumatologie simple entre 3 et 15 ans avec l'autorisation adultes , sous réserve que l'établissement fasse la demande d'autorisation auprès de l'ARS et s'engage à participer au réseau de soins (DSR)

Possibilité de pratiquer des ablations de matériel posé dans l'établissement dans le cadre d'une intervention en urgence.

Inversement, les chirurgiens pédiatre ne peuvent prendre en charge que les enfants de 0 à 15 ans avec des dérogations entre 15 et 18 ans pour des pathologies spécifiquement pédiatriques ou du suivi de pathologie pédiatrique antérieure.



Decret du 6 juin 2025



ORTHORISQ

Assouplissements pour les urgences (> 3 ans) :

Chirurgien : peut être pédiatrique/infantile OU adulte avec pratique régulière en pédiatrie.

Anesthésiste : doit avoir une expérience avérée en anesthésie pédiatrique.

Toujours dans le cadre du Dispositif Spécifique Régional (DSR) validé par l'ARS.

En résumé



Aucune chirurgie réglée entre 0 et 15 ans si l'établissement ne dispose pas d'autorisation de chirurgie pédiatrique. (Y compris chirurgie de la main , rotule , ligaments)



Traumatologie simple possible à condition que l'établissement en ait fait la demande et sous réserve de participation à un réseau de soins et de justification de pratique régulière.



Aucune dérogation entre 0 et 3 ans (traumatologie et chirurgie réglée)

Votre vécu : l'enquête



ORTHORISQ

50% n'opèrent jamais d'enfants < 15 ans

Chirurgie surtout : urgences + traumatologie simple

62% connaissent le décret, impact limité sur pratiques

43% incertitude sur autorisations établissement

18% signalent difficultés de PEC (retards, éloignement, perte de chance)

14% difficultés de transferts (refus, logistique, interlocuteur)

Raisons des refus : surcharge, pas de place, hors secteur ARS, cas trop simples

Les difficultés



ORTHORiSQ

Problèmes de matériel non disponible

Problèmes de communication avec le centre pediatrique

Problèmes de communication avec MAR

Difficultés d'interprétations du decret chirurgie pédiatrique

Par excès : transferts abusifs

Par défaut : perte de chance pour le patient

Par ignorance

Les conséquences

Pertes de chance
pour les patients (cf embolie
graisseuse)

Retards de prise
en charge

Surcharge des
service
pédiatriques

Conflits internes

- MAR
- Directions

Conflits entre
établissements

Passages en force

Conséquences
médico légales

Ambiguïté des
ARS

Quelques exemples

Refus Par MAR d'endormir un enfant de 7 ans pour fracture palette (avant decret) . Refus du service pédiatrique (surcharge de travail) : immobilisation de fortune et passage en force via les urgences pédiatriques

Reduction fracture poignet peu déplacée en procédure estomac plein chez un enfant de 3 ans avec inhalation lors de l'extubation

Errance d'une fracture diaphysaire fémorale chez un patient de 14 ans et demi entre service adulte et enfant , problèmes de matériel intervention différée avec embolie graisseuse



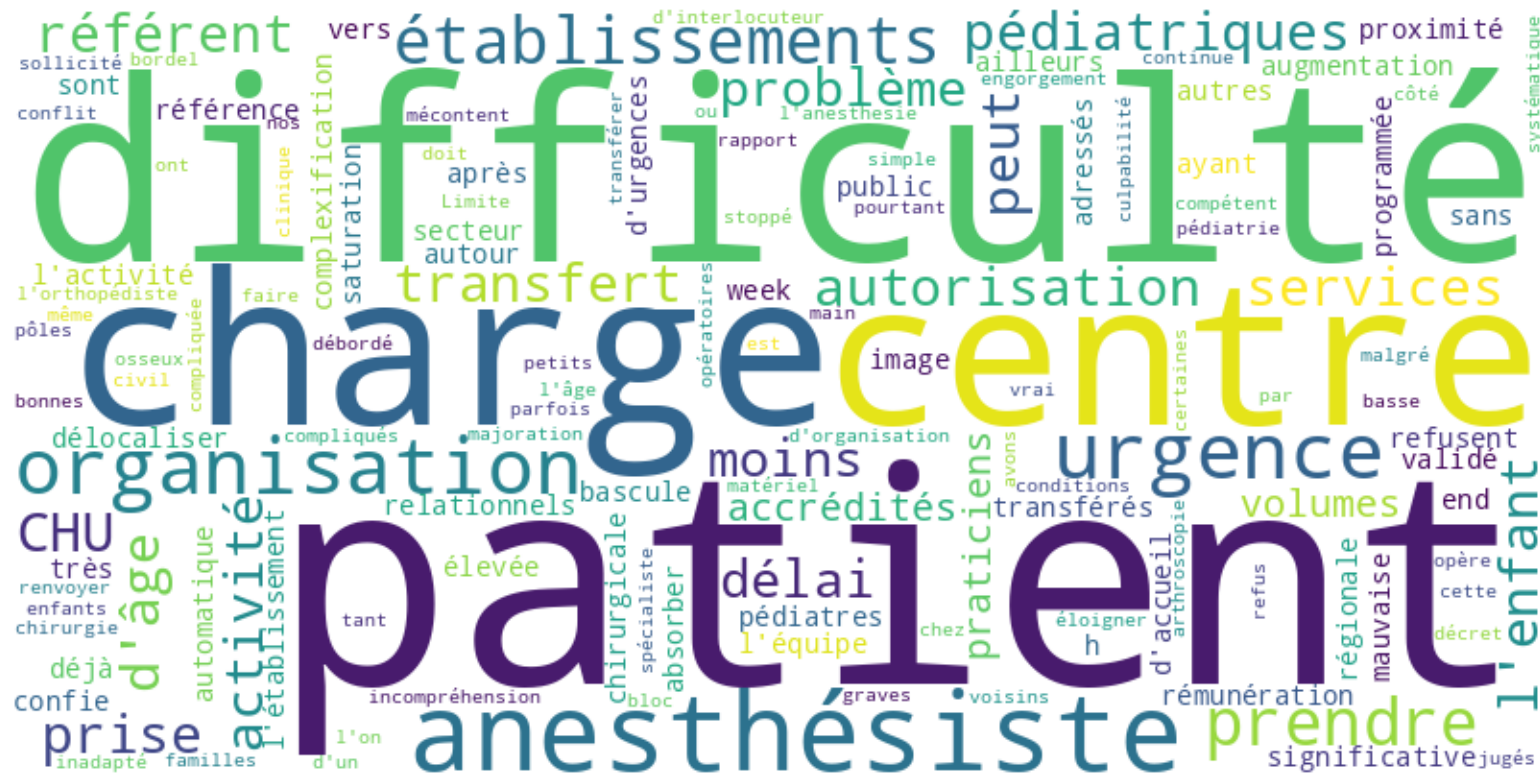
Question :

Quelle responsabilité pour un praticien qui dispose de la compétence technique, du matériel mais pas d'autorisation administrative face à un avec un refus de transfert ?

- Passage en force ?
- Refus de soins ?
- Prise en charge dans l'illégalité ?



Merci pour votre attention !



Les questions juridiques

Pierre Henri Lebrun

Les transferts

1 Que faire devant un transfert impossible ?

Refus de prise en charge ?

Solution dégradée locale ?

Transfert sauvage ?

Appel du SAMU ?

Transfert imposé par l'ARS ?

2 Notre responsabilité est-elle engagée en cas de prise en charge chirurgicale dégradée liée à un transfert refusé ?

3 Et les conditions du transfert en cas de transfert sauvage ?



ORTHORISQ

Les questions juridiques

Pierre Henri Lebrun

les urgences

- 1 Quand commence la responsabilité du chirurgien lorsque un patient se présente aux urgences ?
- 2 Qui est responsable de la prise en charge d'un patient accueilli aux urgences puis hospitalisé en unité de soins?
- 3 Le patient doit il être obligatoirement cadré par un chirurgien lors de son arrivée dans l'unité de soin ?



ORTHORISQ

Les questions juridiques

Pierre Henri Lebrun

Congés absences

En cas de fermeture non concertée d'un établissement de santé , qui est responsable de la réorientation et de la prise en charge d'un patient qui présente une complication post-opératoire ?



ORTHORISQ

Les questions juridiques

Pierre Henri Lebrun

La pédiatrie ?

- 1 Quelle responsabilité pour un praticien face à un enfant en traumatologie hors autorisation avec un refus de transfert ?
Passage en force ?
Refus de soins ?
Prise en charge dans l'illégalité (si urgence réelle) ?
- 2 Et si l'équipe possède la compétence technique mais pas d'autorisation administrative ?



ORTHORISQ

Conclusion : Ne pas rester seul !

Travailler en réseau

Réciprocité

Eviter de déléguer

Echanger

Personnaliser et
senioriser

Solidarité et compréhension

Respect mutuel

Humanité

Anticiper

Ne pas surestimer ses
capacités

Respecter la réglementation

Week End

Tracer dans le dossier +++

Connaitre les limites de son établissement

Protocoliser (check list urgence)

Déontologie

Eviter les transferts sauvages

SAMU

ARS via direction

Le patient

Les difficultés à régler par le cnp

La chirurgie
pédiatrique

Les CRIOAC

Organisation du
travail en réseau ?



ORTHORISQ



ORTHORISQ

Réciprocité
Samu Dialogue
Echanger
Réseaux
Check list

Parler
Traçabilité
Autoévaluation
Anticiper
Evaluer
Débriefing
Respect
Former
Autorisation
Communiquer
ARS
Informer

Merci pour votre attention !!!

A l'année prochaine,


PALAIS DES
FESTIVALS
ET DES CONGRÈS
CANNES

ACCUEILLIR DURABLEMENT
LE MONDE

à CANNES